



# FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ASIGNATURAS

D/D<sup>a</sup>....., D.N.I .....  
domicilio en ....., localidad ....., C.P. ....  
provincia....., teléfono ....., e-mail.....  
matriculado/a en ..... curso del

**SOLICITA** el reconocimiento de las siguientes asignaturas cursadas, por las correspondientes del Plan de Estudios de Grado en Medicina de la Universidad de Cantabria, a cuyos efectos acompaña la siguiente documentación:

- Certificación Académica Personal.
- Programas de las asignaturas de las que solicita el reconocimiento, del año académico en que fueron aprobadas, debidamente firmados y sellados por el Centro de procedencia.
- Plan de Estudios de la titulación de origen.

**Centro de procedencia:**.....

**Estudios realizados:** .....

**Universidad de:** .....

TITULACIÓN DE ORIGEN	TITULACIÓN DE DESTINO
ASIGNATURAS	ASIGNATURAS

**Nota:** Las asignaturas de la titulación de origen que no sean objeto de reconocimiento serán transferidas conforme a lo establecido en el artículo 6 del R.D. 861/2010 de 2 de julio, que modifica el R.D. 1393/2007 de 29 de octubre.

Santander, ..... de ..... de 20.....

Firma del alumno/a